

## Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

### Depressiva symtom, lätt till måttlig depression

---

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Vårdprogrammen riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

---

Innehåll	sid
----------	-----

---

Introduktion	2
Målsättning	2
Intervention	2
Mätmetoder	6
Restriktioner	6
Uppföljning/vårdkedja	6
Referenser	7

---

#### Författare

- Birgitta Helmerson Ackelman specialist sjukgymnast, Adrienne Levy Berg specialist sjukgymnast, med dr
- Reviderat av: Elisabeth Grimholm leg sjukgymnast, Adrienne Levy Berg, med dr

#### Kontaktinformation

[adrienne.levy-berg@karolinska.se](mailto:adrienne.levy-berg@karolinska.se) , [elisabeth.grimholm@karolinska.se](mailto:elisabeth.grimholm@karolinska.se),  
Sektionen för smärta och psykisk ohälsa, tel 08-585 82147

#### Sökvägar

- SBU
- Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen
- FYSS
- Databaser Medline, Psychinfo, Cohcrane
- Sökord: body therapy, depression, exercise, physiotherapy, physical therapy

#### Produktionsår

- 2006

#### Revideringsår

- 2008, 2013

## Introduktion

Depression är en av de vanligaste orsakerna till ohälsa, förtida död produktionsbortfall och arbetsförmåga i världen. Cirka 9% av befolkningen beräknas ha haft något förstämningssyndrom det senaste året (1). Det är därför troligt att alla sjukgymnaster möter patienter med depressiva symtom eller depression.

Enligt DSM-IV (2) gäller i korthet följande kriterier för egentlig depression (den vanligaste formen av depression): Minst fem av nio av nedanstående symtom har förekommit så gott som dagligen under större delen av dagen under minst två veckor. Minst ett av de två första symtomen måste föreligga.

- Nedstämdhet
- Minskat intresse eller minskad glädje för nästan alla aktiviteter som man vanligtvis har glädje eller intresse för
- Betydande viktnedgång/viktuppgång eller påtagligt minskad/ökad aptit
- Sömnstörning (för lite eller för mycket sömn)
- Psykomotorisk störning (rastlöshet eller tröghet)
- Svaghetskänsla eller brist på energi
- Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuld känslor
- Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet
- Återkommande tankar på döden eller återkommande självmordstankar

Symtomen ska inte kunna förklaras bättre av andra somatiska eller psykiatriska sjukdomstillstånd och tillståndet ska orsaka ett kliniskt signifikant lidande och försämrad funktion.

## Målsättning

Övergripande mål:

- Återgå till tidigare funktionsnivå och livskvalitet

Delmål:

- Lindring av symtom t ex nedstämdhet, fysiska symptom och ångest.
- Förbättrad sömnkvalitet
- Minska risken för återinsjuknande

## Intervention

Interventioner kan ske på flera nivåer enligt nedan. Vissa interventioner går bra att kombinera. Valet av intervention görs utifrån patientens behov, inställning och förutsättning samt fysioterapeutens kompetens.

Intervention	Syfte	Kropps-funktion	Aktivitet /delaktighet	Omgivning /miljö
Råd om fysisk aktivitet	Ökad motivation till att utöva fysisk aktivitet	Se nedan "fysisk träning"	Återuppta tidigare fysisk aktivitetsnivå	
Fysisk träning	Lindring av symtom Ökad stresstålighet Ökat självförtroende och välbefinnande Ökad fysisk förmåga	Ökad sekretion av beta-endorfiner Påverkan av cirkadiana rytmer Cellnybildning i hjärnan Ökning av noradrenerga funktionen Minskad aktivitet på hypothalamus-hypofys-binjure-axeln Förbättrad sömn	Återuppta eller hitta ny träningsform Återgå till tidigare funktionsnivå: ADL/arbete/studier/social samvaro etc	
Kroppsmedvetan deträning	Ökad kontakt med kroppsjaget Ökad närvaro i nuet	Förbättrad psykomotorisk funktion. Minskade symtom.		
Beteendeterapeutiska interventioner	Ökad medvetenhet om depressionssymtom och att ändra beteendemönster overta såväl som koverta för att komma i kontakt med förstärkningsmekanismer.	Ökad förmåga att agera i riktning mot förstärkning och i värderad riktning.	Beteendeaktivering. Gradvis exponering för obehag.	
Affektfokuserad kroppspsykoterapi	Ökad kontakt med egna känslor. Ökad medkänsla med sig själv. Ökad självkänsla.	Att acceptera och bearbeta känslor.	Beteendeaktivering Ökad förmåga att på ett adekvat sätt uttrycka behov och känslor i relation till andra människor.	

### **A) Råd om fysisk aktivitet**

I Socialstyrelsens "Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom" (2010) (3) rekommenderas vid depressiva symtom råd om egen vård i form av fysisk aktivitet (prioritet 3). Vid lindrig depression gjordes bedömningen att det finns visst vetenskapligt stöd för att fysisk aktivitet kan förebygga försämring, höja stämningläget och minska symtomen. I SBU:s kommentar (2013) (4) till Cochrane rapport från år 2012 om träning vid depression dras slutsatsen att det är rimligt att rekommendera träning till patienter med depressionssymtom. Effekterna bedömdes som måttliga. Vid jämförande studier med KBT respektive läkemedel fanns ingen signifikant skillnad .

Rådgivning kan med fördel ske via ett motiverande samtal och FaR kan ordinerat och följas upp för att stärka motivationen.

### **B) Fysisk träning**

I FYSS (2008) (5) är indikationerna för fysisk aktivitet och träning 1) att minska risken att insjukna i depression, 2) som tillägg till annan behandling av depression och 3) att förebygga återfall i depression. Vid depression är stämningläge, energi och aktivitetsnivå ofta så förändrade att funktionsförmågan är påverkad. Tillsammans med negativa tankar utgör detta ofta ett stort motstånd mot aktivitet. Sjukgymnasten blir därför viktig för att hjälpa patienten att hitta lämpliga träningsformer alternativt återgå till tidigare träning samt hitta en realistisk träningsnivå. Träning som visat sig ha positiv effekt vid depression är såväl konditions- som styrketräning minst 30 minuter som upprepas 2-3 ggr/v i minst 9 v (5).

På Karolinska Universitetssjukhuset har vi möjlighet att erbjuda konditions- och styrketräning 30-60 min vid 1-2 ggr/v i bassäng eller i gym.

### **C) Kroppsmedvetandeträning**

Basal kroppskännedom (BK) har inte utvärderats specifikt för patienter med depression. Emellertid har studier visat på generell positiv effekt av BK för patienter med psykiatriska diagnoser (6-9). Behandling med BK avser att öka patientens kroppsliga upplevelse av rörelsecentrum, kontakten med underlaget, mittlinje, andning och närvaro i nuet. Mental närvaro, mindfulness, tränas systematiskt i BK och ingår som en del i dialektisk beteendeterapi. Kabat-Zinn m fl (10) har beskrivit en behandlingsmodell för patienter med depression där mental närvaro och acceptans kombineras med KBT. På svenska finns enkla övningar, som går utmärkt att kombinera med BK, beskrivna av Ann Kåver (11) och Åsa Nilsson (12).

Tillsammans med psykopedagogiska samtal är kroppsmedvetandeträning, där BK och mindfulness ingår, en behandlingsform psykosomatiskt inriktade sjukgymnaster använder för patienter där depression ingår i symtombilden.

### **D) Beteendeterapeutiska interventioner**

I SBU:s genomgång (13) av behandling vid ångest framkommer att kognitiv beteendeterapi är "en vetenskapligt beprövad och accepterad behandlingsform för depression... Fokuseringen har varit olika i olika terapiformer, men har haft

*gemensamt att det handlat om beteendeproblem, tankesätt och relationer som sammanhänger med depressionen. Oavsett teoretiskt fokus förefaller framgång uppnås först om patienterna återupptar sådana aktiviteter som var normala eller lustfyllda före depressionen. Samtidigt är det inte helt klarlagt om förbättringen leder till ökad aktivitet, eller om tvärtom ökad aktivitet orsakar förbättringen. De psykoterapiformer som har mest omfattande stöd i kliniska studier är beteendeterapi, kognitiv terapi och olika kombinationer av dessa båda.” (13)*

Behandlingen utförs av fysioterapeut med grundläggande psykoterapiutbildning. Den inleds med tre bedömningssamtal och avtal om terapikontakt. Därefter görs en beteendeanalys där patientens tankar och känslor i samband med olika situationer går igenom. Detta blir fokus för behandlingen som handlar om att kartlägga och tydliggöra, samt att verka för förändring i patientens beteende. Mål för behandlingen fastställs efter värderad livsriktning och stegvis ökad aktivering genomförs för att nå dessa mål. Antalet behandlingstillfällen kan maximeras till 15-20 gånger för att stärka processen.

#### **E) Affektfokuserad kroppspsykoterapi (AKP, tidigare Psykodynamisk kroppsterapi PDK)**

AKP är en psykoterapeutiskt inriktad fysioterapeutisk behandlingsmetod. Terapin fokuserar bl a på patientens förhållningssätt till kroppen och känslomässiga upplevelser samt handlingsmönster i relation till känslomässigt betydelsefulla personer. Utöver det terapeutiska samtalet använder man inom AKP tekniker såsom massage och övningar. Behandlingen styrs efter principen att stabilisera kroppens fundament innan man löser upp spänningar.

AKP har ännu ej utvärderats för patienter med depression men beprövad erfarenhet visar att metoden kan vara lämplig. Monsen har visat att PDK minskade graden av depression hos patienter med långvarig smärta (14). I en studie (15) där AKP givits under 1 år för patienter med generaliserad ångest har depressionspoängen på SCL-90 sjunkit signifikant över tid och signifikant mer än i kontrollgruppen. Det finns således anledning att tro att AKP kan ha positiv inverkan på depression. I SBU:s(13) genomgång visades att vid akutbehandling av lindriga och måttliga depressioner var flera slags psykoterapier lika effektiva som tricykliska antidepressiva läkemedel (evidensstyrka 1) samt sannolikt lika effektiva som selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI; evidensstyrka 2).

AKP utförs av sjukgymnast med vidareutbildning i psykodynamisk kroppsterapi vilket innefattar grundläggande psykoterapiutbildning, steg 1. Genom anamnesupptagning och resursorienterad kroppsundersökning tar sjukgymnasten ställning till om det är lämpligt med AKP behandling för patienten. Fysioterapeuten och patienten kommer då tillsammans fram till ett fokus för behandlingen utifrån patientens beskrivning av och förhållningssätt till sina besvär och sätter upp ett behandlingsmål.

## Mätmetoder

Mätmetod	Syfte	Kropps- funktion	Aktivitet /delaktighet	Omgivning /miljö
HAD (16)	Förekomst av ångest och depression	x	x	
EQ5D (17)	Hälsorelaterad livskvalitet	x	x	
Folkhälsoinstitutets frågor (18)	Mäta fysisk aktivitetsnivå	x	x	
ISI- insomnia severity index (19,20)	Mäta sömnkvalitet	x		

## Restriktioner

Uppmärksamhet på suicidalitet

## Uppföljning / vårdkedja

1. Utvärdering vid avslutad behandling
2. Remissvar/epikris till remittent där behandlingsresultat framgår
3. Ordination och uppföljning av Fysisk aktivitet på Recept.

## Referenser

1. SBU. Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012. SBU-rapport nr 212. ISBN 978-91-85413-52-2.
2. American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4<sup>th</sup> ed. 1994, Washington D.C: American Psychiatric Association (APA).
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
4. SBU Kommenterar: Fysisk träning vid depression. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013\_03.
5. Statens folkhälsoinstitut. FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Rapport 2008:4. Östersund: Statens folkhälsoinstitut och Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA); 2008.
6. Lundvik-Gyllensten A. *Basic Body Awareness therapy*. Avhandling, Lund; 2001.
7. Mattsson M, Mattsson B. Physiotherapeutic Treatment in Out-Patient Psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1994;8: 119-126.
8. Mattsson M, Egberg K, Armelius K, Mattsson B. Long-term effects of physiotherapeutic treatment in outpatient psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*. 1995; 49: 103-110.
9. Roxendal G. *Body awareness therapy and the body awareness scale*. Avhandling, Göteborg; 1985.
10. Kabat-Zinn J, Williams M, Teasdale J, Segal Z. *Mindfulness, en väg ur nedstämdhet och depression*. Stockholm: Natur och Kultur; 2008.
11. Kåver A. *Att lev ett liv inte vinna ett krig. Om acceptans*. Stockholm: Natur och Kultur; 2004.
12. Nilsson Å. *Vem är det som bestämmer i ditt liv? Om medveten närvaro*. Stockholm: Natur och Kultur; 2004.
13. SBU. *Behandling av depressionssjukdomar*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU rapport 166. ISBN 91-87890-88-7.
14. Monsen K, Monsen TJ. Chronic pain and psychodynamic body therapy. *Psychotherapy* 2000; 37: 257-269.
15. Levy Berg A, Sandell R Sandahl C. Affect-focused body psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder; evaluation of an integrative method. *Journal of psychotherapy integration*. 2009;19:67-85.
16. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*; 1983: 67: 361-70.
17. Eur QoL-A new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQoL Group. *Health Policy*. 1990 Dec; 16(3):199-208. PubMed PMID: 10109801. Epub 1990/11/05. eng.
18. Statens folkhälsoinstitut. Sveriges nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor". 2011; fråga 39.
19. Morin CM. *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press; 1993.

20. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Merette C. Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med.* 2006;7:123–30.